Organización Mundial de la Salud

ALCOHOL + VIOLENCIA

Maltrato de ancianos y alcohol

SE HA DEFINIDO el maltrato de ancianos como todo acto aislado o reiterado, o la omisión de una intervención adecuada, en el contexto de una relación en la que existen expectativas de confianza, y que causa perjuicio o angustia a una persona de edad avanzada *(1).* Puede adoptar muchas formas: maltrato físico, psicológico y sexual, explotación económica, abandono pasivo y autoabandono[1], abuso de medicamentos, abandono activo, castigo por culpas ajenas y marginación de las personas mayores en las instituciones o en las políticas sociales y económicas *(2).* Con una población mundial de ancianos (de 60 años en adelante) que está previsto que se triplique de 672 millones en 2005 a casi 1900 millones en 2050 *(3),* aumenta la preocupación por el maltrato de estas personas. Prevenirlo exige mejorar nuestro conocimiento de su prevalencia e identificar y corregir los factores de riesgo.

1 Aunque el autoabandono por consumo nocivo de alcohol es un problema importante en la población anciana, esta nota descriptiva se refiere específicamente al maltrato de personas mayores por parte de otras personas.

Se ha constatado que tanto el consumo nocivo como el consumo peligroso[2] de alcohol forman parte de esos factores de riesgo (4,5). Esta nota descriptiva analiza, pues, las relaciones entre alcohol y maltrato de ancianos, así como el papel de la salud pública en la prevención.

RECUADRO 1: Prevalencia internacional del maltrato de ancianos

Maltrato de ancianos

Las estimaciones de la prevalencia del maltrato de ancianos en el ámbito comunitario (que incluye el abandono por parte de los cuidadores, el maltrato físico y psicológico, y la explotación económica) procedentes de Canadá, Finlandia, los Países Bajos, el Reino Unido y los Estados Unidos de América están comprendidas entre el 4% y el 6% *(2)*. En un estudio más reciente de la República de Corea se registró un 6,3% *(6)*, mientras que en Israel se ha notificado un 18,4%, compuesto mayoritariamente por casos de abandono pasivo *(7)*. Las comparaciones entre países se ven dificultadas tanto por las diferencias culturales en las actitudes hacia las personas de edad avanzada como por las variaciones en la percepción y la definición del maltrato. También es difícil determinar la prevalencia de éste en centros, pero se piensa que es mayor que en el ámbito comunitario; en los EE. UU., el 10% del personal de enfermería de centros asistenciales reconoció haber maltratado físicamente a residentes durante el año anterior, cifra que se elevaba al 40% en el caso del maltrato psicológico *(8)*.

Consumo de alcohol

En todos los grupos de edad, la prevalencia del consumo de alcohol varía mucho de unos países a otros. La proporción de abstemios durante el año anterior estaba comprendida entre el 2,5% de Luxemburgo y el 99,5% de Egipto *(9)*. El mayor consumo se da en los países de ingresos altos, aunque no deja de crecer en algunas sociedades de ingresos bajos y medios (por ejemplo, en Asia Sudoriental). Estudios realizados en países de ingresos altos muestran que, en general, las personas de edad avanzada tienen menos probabilidades de consumir alcohol que los jóvenes y lo beben en menores cantidades (véase, por ejemplo, el Reino Unido [10] o Canadá [11]). Las transformaciones fisiológicas propias del envejecimiento pueden reducir la tolerancia al alcohol, lo que determina que éste cause problemas con menores niveles de consumo *(12)*. A ello se añade que los efectos del consumo problemático de alcohol en personas ancianas pueden confundirse con síntomas del envejecimiento *(13)*.

2 El consumo nocivo de alcohol se define como un patrón de consumo que daña la salud. El consumo peligroso de alcohol se define como un patrón de consumo que eleva el riesgo de consecuencias perjudiciales para el consumidor (Organización Mundial de la Salud, http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/).

Relaciones entre el consumo de alcohol y el maltrato de ancianos

Aunque existe una estrecha relación entre el alcohol y la violencia interpersonal en general *(14)*, en el caso del maltrato de ancianos existen lazos específicos que los unen:

- Las personas con problemas de consumo de alcohol pueden depender económicamente de sus familiares (lo que incluye a personas mayores). Esta dependencia puede materializarse en la financiación de dicho consumo y en coacciones económicas o materiales. *(13)*.
- Algunos cuidadores que beben demasiado pueden desatender sus obligaciones para con las personas mayores que dependen de ellos *(15)*.
- Los trastornos cognitivos y de la memoria derivados del consumo nocivo de alcohol por parte de personas ancianas pueden hacerlas más vulnerables a los malos tratos *(13)*.
- Los cuidadores pueden animar a los ancianos a beber alcohol para hacerlos más dóciles o explotarlos económicamente *(5)*.
- Los ancianos maltratados pueden utilizar el alcohol como medio de afrontar el maltrato o el abandono *(13)*.
- Los niveles peligrosos o nocivos de consumo de alcohol son factores de riesgo de violencia dentro de la pareja *(16)*, que puede darse en las relaciones entre personas de edad avanzada *(17)*.

Magnitud del maltrato de ancianos relacionado con el alcohol

La mayor parte de los estudios en los que se ha cuantificado el papel del alcohol en el maltrato de ancianos proceden de América del Norte y el Reino Unido. A continuación se resumen sus principales resultados:

- En los Estados Unidos, el 44% de los varones y el 14% de las mujeres que maltrataban a sus padres (de 60 años en adelante) tenían dependencia del alcohol o de drogas, al igual que el 7% de las víctimas *(18)*.
- En Inglaterra, el 45% de los cuidadores que prestaban asistencia de relevo a personas mayores admitieron infligirles algún tipo de maltrato, y el consumo nocivo de alcohol por parte de dichos cuidadores era el factor de riesgo más significativo de maltrato físico *(4)*.
- En Canadá, un programa extrainstitucional para personas de edad avanzada con problemas de consumo nocivo de alcohol o de otras sustancias notificó que el 15–20% de ellas padecía malos tratos psicológicos, físicos o económicos *(13)*.
- También en Canadá, un estudio nacional de los casos de maltrato de ancianos registrados por organismos de todo el país halló que el 14,6% de los incidentes con daños tenían su origen en una gran borrachera del

maltratador. En otro 18,7% de los casos los archivos indicaban que el maltrato era secundario al problema de consumo de alcohol (es decir, se consideró que éste era uno entre muchos factores de riesgo de maltrato) *(19)*.

En el Reino Unido, el consumo elevado y nocivo de alcohol por parte de los cuidadores se asociaba más estrechamente al maltrato físico que al abandono *(20)*, mientras que en los Estados Unidos el consumo de alcohol por parte de las víctimas de maltrato de ancianos se relacionaba más con el autoabandono que con otras formas de maltrato *(5)*. Pese a la ausencia de estudios de países de ingresos bajos y medios que se centren en el consumo nocivo de alcohol y el maltrato de ancianos, otras fuentes de información indican que ambos están estrechamente relacionados. Por ejemplo, en un estudio ministerial de Sudáfrica se constató que el alcohol era un factor muy presente en el maltrato de ancianos; así, se daban casos de hijos adultos que gastaban las pensiones de sus padres en alcohol mientras privaban a éstos de alimento, y de agresiones físicas y sexuales a mujeres ancianas por personas bajo los efectos del alcohol *(15)*.

Factores de riesgo de maltrato de ancianos relacionado con el alcohol

Entre los factores que incrementan el riesgo de que las personas mayores sufran malos tratos se cuentan los trastornos cognitivos o físicos y el aislamiento social, mientras que el sexo es también importante en algunas regiones en las que las mujeres suelen correr mayor riesgo, como África ([21]). En el caso de los perpetradores de malos tratos a ancianos, los factores de riesgo son los problemas económicos, la dependencia de la persona anciana y los trastornos mentales. Hay también factores de riesgo culturales, como la discriminación por razón de edad, el sexismo y la actitud tolerante ante la violencia; en algunos países en transición o de ingresos bajos y medios, las transformaciones culturales, reflejadas, por ejemplo, en la desaparición de los roles tradicionales de los ancianos, la erosión de los lazos familiares y comunitarios, y las altas tasas de desempleo, han agravado la vulnerabilidad de los miembros mayores de la sociedad a los malos tratos *(2)*.

En el caso concreto del maltrato de personas mayores relacionado con el consumo de alcohol, la dependencia alcohólica y el consumo nocivo por parte de los ancianos incrementan el riesgo de autoabandono *(5)* y la vulnerabilidad al maltrato, mientras que el consumo nocivo por parte de los cuidadores puede elevar el riesgo de infligir malos tratos a ancianos *(4)*. Por tanto, para las personas de edad avanzada, tener un familiar adulto con un

problema de consumo de alcohol entraña el riesgo de convertirse en víctima, sobre todo cuando dicho familiar (a menudo un hijo) depende del anciano en lo económico o para el alojamiento. Además, las personas mayores tienen más probabilidades de seguir manteniendo una relación en la que se las maltrata si el maltratador es un hijo adulto muy dependiente o el cónyuge *(17)*.

También pueden ser importantes las expectativas culturales respecto de los efectos del alcohol. Así, en los casos en los que la víctima cree que el maltrato se debe a que el maltratador consume alcohol, la promesa de dejar de beber puede suponer que se lo perdone y no se afronte el problema del maltrato *(18)*. Sin embargo, el alcohol se considera a menudo un mero factor agravante. En Sudáfrica, el maltrato de ancianos se ha atribuido a la pobreza, a disturbios sociales y a la falta de políticas de protección de los mayores *(21)*, que son percibidos como blancos fáciles de la explotación, y se considera al consumo de sustancias como uno más entre los diversos factores situacionales que determinan los malos tratos *(22)*.

Consecuencias

En las personas mayores, el maltrato y el consumo nocivo de alcohol pueden tener consecuencias similares. Ambos pueden causar lesiones físicas, problemas sociales, retraimiento social, malnutrición y problemas emocionales y psicológicos, como depresión y trastornos cognitivos y de la memoria *(13)*. Es frecuente que los ancianos sean más débiles físicamente, lo que significa que la violencia física les causa traumatismos más importantes y la convalecencia es más larga *(2)*. Además, la violencia relacionada con el alcohol se asocia a una mayor gravedad de las lesiones *(23)*. En el caso de las víctimas de abusos económicos, la apropiación indebida de activos puede tener importantes consecuencias, porque es frecuente que las personas mayores cuenten con ingresos más bajos y menos posibilidades de reponer el dinero *(2)*. El maltrato de ancianos puede reducir la esperanza de vida *(24)*, causar depresión y, en algunos casos, abocar al consumo nocivo de alcohol como estrategia de afrontamiento *(13)*. El consumo nocivo o peligroso de alcohol se asocia, asimismo, a muchos otros problemas de salud que pueden acortar la vida, como enfermedades cardiovasculares, cánceres y traumatismos accidentales (por ejemplo, caídas o quemaduras [25]). Dado que las personas mayores tienen menos capacidad de metabolizar el alcohol, en ellas las consecuencias de su consumo pueden ser más pronunciadas y los problemas conexos pueden aparecer con niveles de ingesta más bajos *(12)*. En términos más generales, los trastornos por consumo de alcohol tienen consecuencias considerables en las personas mayores, como el autoabandono y las ideas y conductas suicidas *(26)*. Aunque el maltrato de ancianos tiene a

menudo importantes consecuencias económicas para la víctima, éstas todavía permanecen sin cuantificar en su mayor parte.

Prevención

Las estrategias preventivas orientadas a reducir el maltrato de ancianos consisten en servicios de protección y apoyo, programas educativos y la declaración obligatoria de los casos (es decir, la exigencia legal de que los profesionales y demás personas en contacto con ancianos notifiquen los casos sospechosos), aunque se ha cuantificado pocas veces su eficacia *(2)*. Aun así, la identificación de las victimas y de quienes corren el riesgo de serlo constituye un factor clave de la prevención.

Tanto el cribado de los problemas con el alcohol como el del maltrato de ancianos pueden realizarse en diversos ámbitos, como la atención primaria, los servicios de urgencias o las consultas de geriatría *(27,28,29)*. Llevarlos a cabo exige invertir en formación para que los profesionales conozcan e identifiquen los signos de maltrato en la ancianidad. Tanto los problemas con el alcohol como los malos tratos de personas mayores pueden pasarse por alto por el prejuicio discriminatorio de que el retraimiento social y los problemas de memoria son signos normales del envejecimiento *(13)*. En el caso concreto de las personas mayores con problemas de consumo de alcohol, se pueden confundir los signos de maltrato con las consecuencias de dicho consumo, y viceversa.

Para asesorar a quienes padecen malos tratos es fundamental conocer los derechos de las víctimas y los servicios de apoyo. Además, cuando éstas o los agresores tienen problemas con el alcohol, conocer las relaciones entre consumo nocivo y violencia y los servicios de apoyo especializados con los que se cuenta significa que es posible afrontar tanto los problemas con el alcohol como el maltrato conexo. Es crucial que los servicios de atención a los problemas relacionados con el alcohol atiendan las necesidades de las personas de edad avanzada, y los servicios de apoyo a éstas no deben excluirlas porque tengan problemas con el alcohol *(13)*. También se necesita claridad respecto a los métodos eficaces para entrar en contacto con los perpetradores e intentar tratarlos, incluida la participación de los servicios judiciales y sanitarios.

En general, hay muy poca información sobre la prevención primaria eficaz del maltrato de ancianos relacionado con el alcohol, y el conocimiento de la prevención secundaria y las intervenciones terapéuticas es limitado. Se ha constatado que las medidas para reducir el consumo de alcohol en la población y a nivel individual repercuten en la violencia interpersonal en general. Así, las pruebas empíricas indican que se podría reducir la violencia

aumentando el precio del alcohol (por ejemplo, disminución de la violencia infligida por la pareja [30] y el maltrato infantil [31] en los Estados Unidos) e imponiendo horas de cierre a los locales autorizados (por ejemplo, disminución de los homicidios en Brasil [32]). Sin embargo, no se han cuantificado los efectos concretos que un menor consumo por parte del conjunto de la población tendría sobre el maltrato de ancianos. Por ello es urgente conocer mejor el maltrato de ancianos relacionado con el alcohol, cuantificarlo y prevenirlo.

El papel de la salud pública

La prevención de la violencia desde la perspectiva de la salud pública se basa en una amplia gama de datos e investigaciones para ofrecer una mejor comprensión de la magnitud, las causas y los riesgos de la violencia y poner en marcha intervenciones eficaces mediante acciones colectivas. En el caso del maltrato de ancianos relacionado con el alcohol, las prioridades de salud pública son:

- Recopilar y cotejar información sobre la prevalencia del maltrato de ancianos, los niveles de consumo de alcohol, los patrones de consumo entre las personas de edad avanzada y los problemas relacionados con el alcohol.
- Promover un mejor conocimiento del maltrato de ancianos y su cribado en los servicios geriátricos, los servicios sociales y otros ámbitos sanitarios.
- Promover, realizar y evaluar estudios sobre las relaciones entre el maltrato de ancianos y el consumo nocivo de alcohol tanto por parte de las víctimas como de los agresores, para mejorar nuestro conocimiento de la magnitud del problema y de los factores de riesgo y protectores.
- Cuantificar y difundir los costes sanitarios, económicos y, en sentido más amplio, sociológicos asociados al maltrato de ancianos relacionado con el alcohol.
- Identificar, evaluar y aplicar ampliamente intervenciones que se muestran prometedoras en cuanto a prevenir y dar respuesta al maltrato relacionado con el alcohol.
- Velar por que los servicios especializados que prestan apoyo a las personas con problemas de consumo de alcohol conozcan y atiendan las necesidades de los ancianos y que los servicios generales de salud sepan detectar en ellos los problemas relacionados con el alcohol y conozcan las relaciones de éste con la violencia.
- Promover las alianzas entre varios organismos para prevenir el maltrato de ancianos mediante un mejor conocimiento de las relaciones entre dicho

maltrato y el consumo nocivo de alcohol, y de sus repercusiones más generales en la sociedad.

- Propugnar políticas orientadas a reducir el consumo peligroso o nocivo de alcohol en la población y a disuadir de las actitudes discriminatorias por razón de edad, a defender el derecho de las personas mayores a participar plenamente en la sociedad y a velar por que puedan vivir con dignidad.

Políticas

El consumo nocivo o peligroso del alcohol y el maltrato de ancianos han sido reconocidos internacionalmente como problemas fundamentales de salud pública que requieren atención urgente. En el plano nacional e internacional, los organismos sanitarios desempeñan un papel crucial como promotores de políticas que aborden las relaciones entre el consumo de alcohol y el maltrato de ancianos y fomenten con ello iniciativas de prevención que mejorarán la salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lleva adelante programas integrales sobre ambos problemas para impulsar y llevar a cabo estudios, identificar medidas de prevención eficaces y promover acciones de los Estados Miembros dirigidas a poner en marcha intervenciones útiles y a orientar las políticas hacia la reducción de la violencia y del consumo peligroso o nocivo del alcohol.

En el caso del alcohol, ello supone recopilar y difundir la información científica sobre su consumo, desarrollar iniciativas mundiales y regionales en materia de investigación científica y de políticas relacionadas con el alcohol, ayudar a los países para que incrementen la capacidad nacional de vigilancia del consumo de alcohol y los daños conexos, y fomentar la prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, su detección temprana y su tratamiento en el ámbito de la atención primaria *(118).* Una resolución de 2005 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre *Problemas de salud pública causados por el consumo nocivo de alcohol* (WHA58.26 [119]) reconoce las consecuencias sanitarias y sociales de dicho consumo y pide a los Estados Miembros que elaboren, apliquen y evalúen estrategias eficaces para reducir sus perjuicios, y a la OMS, que ayude a los Estados Miembros a vigilar los daños relacionados con el alcohol, a aplicar y evaluar estrategias y programas eficaces, y a robustecer las pruebas empíricas de la eficacia de las políticas.

En el caso de la violencia, incluye la Campaña Mundial de Prevención de la Violencia de la OMS. Fue lanzada en 2002 y su objetivo es sensibilizar sobre el problema de la violencia interpersonal (incluido el maltrato de ancianos) en el plano internacional, subrayar el papel de la salud pública en su prevención y ampliar las actividades preventivas a escala mundial,

regional y nacional. El planteamiento estratégico de la prevención de la violencia se expone en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* de la OMS *(2)*. La resolución WHA56.24 de la Asamblea Mundial de la Salud *(120)* de 2003 alienta a los Estados Miembros a aplicar las recomendaciones expuestas en el informe y pide a la Secretaría que colabore con los Estados Miembros en la elaboración de políticas y programas de salud pública basados en pruebas científicas para la aplicación de medidas encaminadas a prevenir la violencia y mitigar sus consecuencias. Como complemento a estas iniciativas se ha creado la Alianza para la Prevención de la Violencia, cuya finalidad es ofrecer un foro en el que gobiernos y otros organismos intercambien información sobre las prácticas más eficaces para reducir la violencia en el mundo.

En el caso concreto del maltrato de ancianos, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, aprobado por los Estados Miembros de las Naciones Unidas en 2002, formula recomendaciones sobre acciones relacionadas con el bienestar de las personas mayores y su incorporación al proceso de desarrollo (http://www.un.org/esa/socdev/ageing/). Ulteriormente, la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores (2002) pidió a los Estados Miembros de la OMS que impulsaran una mayor toma de conciencia del problema del maltrato de ancianos y aplicaran medidas preventivas. Con objeto de ayudar al desarrollo de una estrategia de prevención del maltrato de ancianos, la Unidad de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS ha llevado a cabo un estudio en varios países dirigido a conocer las opiniones y percepciones de diversas sociedades sobre dicho maltrato *(36)*.

Todas las referencias utilizadas en este documento están disponibles en:

http://www.who.int/violence injury prevention/publications/

violence/en/index.html

Puede obtener más información en los sitios web siguientes:

http://www.who.int/violence injury prevention

http://www.who.int/substance abuse/en

http://www.who.int/substance abuse/terminology/who lexicon/en

http://www.who.int/topics/ageing/en/

O poniéndose en contacto con:

Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia
Dr. Alexander Butchart (butcharta@who.int,
fax + 41 22 791 4332,
teléfono + 41 22 791 4001)

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias
Dr. Vladimir Poznyak (poznyakv@who.int,
fax +41 22 791 4160,
teléfono +41 22 791 4307)
Unidad de Envejecimiento y Ciclo de Vida
Dr. Alexandre Kalache (kalachea@who.int,
fax +41 22 791 4830, teléfono +41 22 791 3404)
Organización Mundial de la Salud
20 Avenue Appia
CH 1211 Ginebra 27,
Suiza

John Moores University, Centre for Public Health
Prof. Mark Bellis (m.a.bellis@livjm.ac.uk,
fax +44 (0) 151 231 4515,
teléfono +44 (0) 151 231 4511)
Centre for Public Health
Liverpool L3 2AV
Reino Unido

© Organización Mundial de la Salud 2006

Diseño grafico de Inís — www.inis.ie